	Livello Documento Modulo	Codice Doc	DON-QUA 01
ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**	Revisione	
Servizi di Medicina Trasfusionale		Data Emissione	

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice), La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge. In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi. Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi, o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati. L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e-mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge. I suoi dati personali non saranno diffusi. I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili. Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale. Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti. Il Titolare del trattamento dei dati è il Responsabile pro-tempore dell'UOC.

Io sottoscritto/a.....

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

☐ **acconsento** ☐ **non acconsento**

al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data..... Firma del donatore.....

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e nome.....

Qualifica.....

Data..... Firma.....

RISERVATO AL MEDICO SELEZIONATORE

PARTE D

Peso	**Altezza**	**PA Max**	**PA Min**	**Frequenza**	**HGB**
Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione					
Valutazione delle condizioni di salute del donatore					
Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico			....		

Il donatore risulta

☐ Idoneo a donare il seguente emocomponente	Tipo	Volume
☐ Escluso Temporaneamente	Motivo	Durata
☐ Escluso Permanentemente	Motivo	

Firma del medico responsabile della selezione

Data..... .....

	Livello Documento Modulo	Codice Doc	DON-QUA 01
ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**	Revisione	00
Servizi di Medicina Trasfusionale		Data Emissione	27/11/2017

PARTE A: DATI ANAGRAFICI DEL DONATORE

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Sesso M F		Nazionalità	
Residente a		Via	
Domicilio		Telefono	
Professione		Altri recapiti	
Codice fiscale		Medico curante	
EMAIL			

PARTE B: QUESTIONARIO ANAMNESTICO

1	**STATO DI SALUTE PREGRESSO**	
1.1	È mai stato ricoverato in ospedale? Se si, perchè?	SI ☐ NO ☐
1.2	**È stato mai affetto da:**	
1.2.1	- malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari	SI ☐ NO ☐
1.2.2	- malattie infettive, tropicali, tubercolosi	SI ☐ NO ☐
1.2.3	- ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari	SI ☐ NO ☐
1.2.4	- malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epiletici	SI ☐ NO ☐
1.2.5	- malattie respiratorie	SI ☐ NO ☐
1.2.6	- malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero	SI ☐ NO ☐
1.2.7	- malattie renali	SI ☐ NO ☐
1.2.8	- malattie del sangue o della coagulazione	SI ☐ NO ☐
1.2.9	- malattie neoplastiche (tumori)	SI ☐ NO ☐
1.2.10	- diabete	SI ☐ NO ☐
1.2.11	Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?	SI ☐ NO ☐
1.3	Ha mai avuto shock allergico?	SI ☐ NO ☐
1.4	Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se si, quando?	SI ☐ NO ☐
1.5	È mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?	SI ☐ NO ☐
1.6	In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?	SI ☐ NO ☐
1.7	Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?	SI ☐ NO ☐
1.8	È vaccinato per l'epatite B?	SI ☐ NO ☐
2	**STATO DI SALUTE ATTUALE**	
2.1	È attualmente in buona salute?	SI ☐ NO ☐
2.2	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?	SI ☐ NO ☐
2.3	Se no, quali malattie ha avuto e quando?	SI ☐ NO ☐

2.4	Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?	SI ❑ NO ❑
2.5	Ha attualmente manifestazioni allergiche?	SI ❑ NO ❑
2.6	Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?	SI ❑ NO ❑
2.7	Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?	SI ❑ NO ❑
2.8	Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?	SI ❑ NO ❑
2.9	Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?	SI ❑ NO ❑
2.10	Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?	SI ❑ NO ❑
3	**SOLO PER LE DONATRICI**	
3.1	***È attualmente in gravidanza?***	SI ❑ NO ❑
3.2	***Ha partorito negli ultimi 6 mesi?***	SI ❑ NO ❑
3.3	***Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?***	SI ❑ NO ❑
4	**FARMACI, VACCINI, SOSTANZE DI ABUSO**	
4.1	Ha assunto o sta assumendo:	
4.1.1	- farmaci per prescrizione medica	SI ❑ NO ❑
4.1.2	- farmaci per propria decisione	SI ❑ NO ❑
4.1.3	- sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata	SI ❑ NO ❑
4.2	Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	SI ❑ NO ❑
4.3	È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?	SI ❑ NO ❑
4.4	Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?	SI ❑ NO ❑
4.5	Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?	SI ❑ NO ❑
5	**ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE**	
5.1	Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili.	SI ❑ NO ❑
5.2	Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?	SI ❑ NO ❑
5.3	Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	SI ❑ NO ❑
5.4	Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	SI ❑ NO ❑
5.5	Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	SI ❑ NO ❑
5.6	Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	SI ❑ NO ❑
5.7	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?	SI ❑ NO ❑
5.8	Dall'ultima donazione e negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali):	
5.8.1	- con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	SI ❑ NO ❑
5.8.2	- con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali	SI ❑ NO ❑
5.8.3	- con un partner occasionale	SI ❑ NO ❑
5.8.4	- con più partner sessuali	SI ❑ NO ❑
5.8.5	- con soggetti tossicodipendenti	SI ❑ NO ❑
5.8.6	- con scambio di denaro o droga	SI ❑ NO ❑

5.8.7	- con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo?	SI ❑ NO ❑
5.9	Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:	
5.9.1	- ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?	SI ❑ NO ❑
5.9.2	- è stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc.)?	SI ❑ NO ❑
5.9.3	- si è sottoposto a: a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili b) agopuntura con dispositivi non monouso c) tatuaggi d) piercing o foratura delle orecchie e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati	SI ❑ NO ❑
5.9.4	- si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	SI ❑ NO ❑
5.9.5	- è stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?	SI ❑ NO ❑
Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.		
6	**SOGGIORNI ALL'ESTERO/PROVINCIE ITALIANE**	
6.1	È nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero? Se si, in quale/i Paese/i?.....	SI ❑ NO ❑
6.2	I suoi genitori sono nati in Paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?	SI ❑ NO ❑
6.3	Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980 - 1996?	SI ❑ NO ❑
6.4	È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?	SI ❑ NO ❑
6.5	Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?	SI ❑ NO ❑
6.6	Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Provincie italiane (malattia da West Nile Virus)? Se sì, dove.....	SI ❑ NO ❑
7	**DICHIARAZIONE**	
	Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.	

FIRMA DEL DONATORE.....

PARTE C: CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO ED EMOCOMPONENTI

Il/la sottoscritto/a

DICHIARA DI

Aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato; - aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
Essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propia sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato;
Aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
Essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
Non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
Sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

FIRMA DEL DONATORE.....